Hémorragie du 1ier trimestre de grossesse Q 020

Fréquent GEU Échographie

CAT

- **APPRECIER LA GRAVITE HEMODYNAMIQUE : pouls tension artérielle signes de choc**
- **TROIS QUESTIONS SE POSENT :**
  - **Les saignements sont-ils en rapport avec une grossesse ?**
  - **Si oui, la grossesse est-elle intra-utérine ?**
  - **Et est-elle évolutive ?**
- **L'EXISTENCE D'UN PROCESSUS GRAVIDIQUE SERA EVOQUEE SUR:**
  - **Régularité des cycles menstruels,**
  - **Date de l'aménorrhée**
  - **Type de contraception,**
  - **Aspect des dernières règles**
  - **Signes « sympathiques » de grossesse** (tension mammaire, mictions fréquentes, nausées)
- **EXAMEN CLINIQUE :**
  - **Prise d'aspirines** est un facteur aggravant mais non déclenchant[Q]
  - **Examen au spéculum est indispensable affirmer que les saignements sont d'origine utérine.**
  - **Toucher vaginal**
    - Aprécie l'état du col (longueur, perméabilité),
    - Précise le volume utérin,
    - Explore les culs-de-sac vaginaux à la recherche d'une masse annexielle latéro-utérine douloureuse évocatrice d'une GEU.
- **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**
  - **Dosage de β-hCG quantitatif :** Si +, affirme l'existence d'un processus gravidique ***sans préjuger de sa localisation***.
  - **Echographie endovaginale:** localisation endo ou extrautérine et la vitalité de la grossesse : activité cardiaque[Q] à partir de la 7ième SA (soit 6 SA révolues)

Orientation diagnostique

- **METRORRAGIES DU 1ER TRIMESTRE SANS RAPPORT DIRECT AVEC LA GROSSESSE**
  - **Saignement d'o. urinaire : hématurie**
  - **Saignement d'o. vaginale**
  - **Saignement d'o. cervicale**
    - ➔ **Cervicite**
    - ➔ **Polypes** muqueux ou friables
    - ➔ **Ectropion** (éversion de la muqueuse endocervicale sur + de 1cm), souvent présent pendant la grossesse, peut saigner spontanément ou après une surinfection ou un rapport.
    - ➔ **Cancer du col** de l'utérus : Association cancer du col et grossesse, si elle est rare, n'est pas exceptionnelle. En cas de métrorragies postcoïtales, un frottis cervical est souhaitable.

- **GROSSESSE EXTRA-UTERINE (GEU)**[Q] ++++ doit être un reflexe bulbaire (Q161)

  Toute femme en PAG avec MTR + dl pelvienne = GEU jusqu'à preuve du contraire
  - **Définition :**
    - Grossesse implantée en dehors de l'endomètre (1% des grossesses).
    - En absence de diagnostic, risque de rupture avec hémopéritoine pouvant conduire au décès maternel.
    - Dans le cas contraire, une prise en charge précoce permet un ttt conservateur médical ou chirurgical.
  - **Fréquence** : **25 % des hémorragies du 1ier trimestre**
  - **Interrogatoire**
    - **Facteurs de risque** : notion d'infertilité ou de stérilité traitée ou non, ATCD de plastie tubaire, de salpingite ou d'endométriose, contraception par stérilet ou microprogestatifs, ATCD de GEU ou de chir abdopelvienne
    - Rechecher la DDR et un éventuel **retard de règles**, aspect évocateur des métrorragies : saignements brun sépia, peu abondants distillant récidivant +++.
  - **Clinique trompeuse et variable**, aucun signe n'étant pathognomonique.
  - **Bilan :** β HCG (si < 5UI à J9, élimine le diagnostic), Echo endovaginale **(**normale n'elimine pas diagnostic parfois trop précoce)
  - **C'est l'évolution des données cliniques, biologiques et échographiques qui permet de distinguer une GEU d'une grossesse intra-utérine non évolutive.**

- **AVORTEMENTS SPONTANEES PRECOCES = FCS OU MENACE D'AVORTEMENT**
  - **Définition :** Expulsion spontanée de l'œuf avant la 22 SA (limite théorique de viabilité).
    - ➔ On va voir ici les avortements spontanées précoces cad ceux du 1ier trimestre qui st contrairement aux tardifs sans incidence sur le pronostic de fertilité ulterieure.
    - ➔ Faire la distinction entre 1ière FCS et FCS récidivante.
    - ➔ Fréquent : 2/3 des œufs fécondés, 20 % des grossesses diagnostiquées, **35 % ds métrorragies du 1ier trimestre**
  - **Etiologie**
    - ➔ Anomalie chromosomique[Q] (méiose des gamètes, fécondation) : ppale cause [Q+] 70 % « sélection naturelle »
    - ➔ Age maternel > 35 ans
    - ➔ Cause endocrinienne par insuffisance lutéale : il est admis à l'heure actuelle que ce soit plus une csq qu'une cause mais marqué juste ds un QCM de 1990.
  - **Menace de fausse couche[Q]**
    - ➔ Clinique
      - MTR modérées, dl hypoG ± modérées sans signes généraux
      - TV : col long et fermé
      - Utérus gravide de volume concordant avec l'âge de la grossesse
      - Examen annexiel peut retrouver une masse latéro-utérine (Kyste du corps jaune : physiologique, constant et disparaissant à 15 SA ; mais peut être une GEU)
    - ➔ Examens complémentaires
      - **B-HCG** : affirme une grossesse méconnue
      - **Echo endovaginale** : Permet d'affirmer la localisation intra-utérine, visualise le sac embryonnaire (4 SA), l'embryon (5 SA) et l'activité cardiaque (6 SA).
        - ✓ **Décollement placentaire partiel,** le + svt, de l'œuf par un hématome (croissant anéchogène). Ce décollement ne préjuge en rien de l'évolution de la grossesse. Il existe seulement une menace de FCS.
        - ✓ Mais aussi, possible **sac intra-utérin hypotonique avec un embryon sans activité cardiaque**
        - ✓ Ou un **œuf clair** : Sac gestationnel déformé parfois vide ou qq résidus cellulaires : embryon qui ne s'est pas développé (anomalie chromosomique)
        - ✓ Un seul diagnostic différentiel : **grossesse + jeune** avec activité et embryon non encore visble. Contrôler qq jrs + tard avant de décider l'évacuation. La croissance normale du taux d'hCG ou l'apparition d'un sac intra-utérin signent l'évolutivité de la grossesse.
    - ➔ Traitement et CAT
      - **Repos et Arrêt de travail** ++++ 10 j, Pas de ttt spécifique
      - **Gamma-Globulines** antiD si mère est Rh négatif +++
      - **Antispasmodiques** banaux si CU douloureuse, **Abstinence sexuelle**
      - **Contrôle échoG** de la vitalité embryonnaire **10 j plus tard**. En cas de régression de l'hématome, aucune surveillance particulière. Si mauvaise évolution, cf infra.
  - **Avortement spontanée en cours**
    - ➔ Clinique
      - **MTR** de sang rouge relativement **abondantes** avec caillots et douleurs à type de **colique expulsive** siégeant dans l'hypogastre. Signe évocateur : **disparition des signes sympathiques de grossesse**.
      - S généraux : Sd anémique aigue voire S de choc
      - Spéculum : abondance des saignements d'o.endo-utérine avec possible débris ovulaires ds l'endocol (spécifiq)
      - TV : **col ouvert**, perméable à un doigt
      - Utérus gravide de volume concordant avec l'âge de la grossesse
    - ➔ Examens complémentaires
      - EchoG : Elle permet de savoir s'il ya eu **expulsion complète ou** s'il existe une **rétention ovulaire**.
    - ➔ CAT
      - **Aspiration** immédiate si : MTR abondantes persistantes ou col tjs ouvert ou rétention totale/partielle à l'echo. Sinon ds le cas contraire, **abstention tttiq**.
      - **Gamma-Globulines** antiD si mère est Rh négatif +++
      - Analyse **anapath** des débris ovulaires afin de ne pas méconnaitre une môle hydatiforme.
      - **Réaliser un bilan étiologique si rentre ds le cadre des FCS à répétitions :**
        - ✓ Defn : Au moins ***3 FCS consécutives*** du 1ier T non séparées par 1 naissance vivante (pr certains 2 FCS)
        - ✓ **Génétique** : **Caryotype** des 2 parents à la recherche d'anomalies chromosomiques équilibrées
        - ✓ **Uterine** : **Hystérographie** : recherche malformations utérines (utérus cloisonné[Q] surtt), utérus distilbène, synéchies utérines[Q], fibromes[Q], endométrites chroniques[Q]
        - ✓ **Thrombophilie** : Sd APL (anticoag lupique, anticardiolipine, antiβ2GP1, TPHA VDRL), déficit prot C/prot S, RPCA (Leyden), hyperhomocystéinémie. A distance de l'état d'hypercoag de la grossesse
    - ➔ NB : il est possible d'y avoir association d'un embryon éliminé (FCS) et d'un embryon intra-utérin viable correctement implanté : on parle de « **jumeau évanescent** » => 50% des gémellaires.

- **MALADIES TROPHOBLASTIQUES GESTATIONNELLES**
  - **Principalement représentées par la môle complète = môle hydatiforme = grossesse molaire**[Q]
  - **Defintion :**
    - Tumeur bénigne du trophoblaste caractérisée par une prolifération hyperplasique des villosités choriales placentaires avec dégénérescence kystique. Conservation de la structure villositaire.
    - Sa caractéristique est de ne comporter que des chromosomes d'origine paternelle
    - Fréquence **: 1 / 1.000 grossesse** en France (**origine asiatique : plus fréquent**)
  - **Cinique**
    - MTR d'abondance variable (évocateur de FCS)
    - Sd toxique (hypersécrétion de β-hCG) : Exagération des signes sympathiques de grossesse : vomissements incoercibles +++ (Dans certains cas, il existe des signes d'hyperthyroïdie)
    - Examen : Utérus mou et « plus gros que ne le voudrait l'âge de la grossesse » +++, absence de BDC fœtaux, parfois gros ovaires polykystiques (hypersécrétion β-hCG)
  - **Paraclinique**
    - Dosage quantitatif des **β-HCG plasmatiques** : taux très élevés (> 100 000 UI/L), important pour le suivi tttiq.
    - **EchoG :**
      - Images endo-utérines très évocatrices en « tempête de neige » ou en « nid d'abeilles » : fiabilité à 100% Ces images traduisent l'aspect vésiculaire, hydropique, des villosités choriales
      - Absence de structure fœtale dans les môles complètes
      - Ds 50 % des cas, on retrouve des kystes lutéiniques ovariens (β HCG => active LH => nbx corps jaunes)
  - **Evolution**
    - **Avortement molaire** : Le + svt en absence de ttt, évacuation spontanée très hémorragique au 2ième trimestre (3ième-5ième mois). Actuellement on réalise une évacuation provoquée + précoce.
    - **Môle hydatiforme peut devenir invasive** : Pénétration ds le myomètre avec embols vasculaires de cellules trophoblastiques
    - **Evolution vers le choriocarcinome** :
      - Tumeur maligne compliquant 3 % des môles hydatiformes : sur le plan histologique, il s'agit d'une prolifération cellulaire avec très nbses mitoses et disparition de la structure villositaire placentaire.
      - Il s'agit de la seule tumeur hétérologue greffée sur l'organisme.
      - Métastase très rapidement (Poumon, Foie, Cerveau) mais aussi extrêmement chimiosensible
      - Pronostic excellent.
  - **Traitement**
    - **Evacuation utérine** en urgence par aspiration prudente (curetage) après dilatation aux laminaires et sous ttt ocytocique, contrôlr de la vacuité utérine à l'aide d'une curette mousse sous contrôle écho.
      - Examen anapath +++ : môles complètes : 80% ou partielle : 20% (tri ou tétraploidie)
    - **Contraception oestroproG** obligatoire pdt 1 an afin de ne pas perturber le dosage des β-HCG : surveiller leur décroissance (normalisation en 8 sem, 1/mois pdt 1 an après).
    - Rythme de surveillance
      - ✓ HCG quantitatif **ts les 48 h initialement** jusqu'à décroissance
      - ✓ Puis **1/sem** jusqu'à négativation.
      - ✓ Puis **1/mois** jusq'au 6e mois
      - ✓ Puis ts les **3 mois.**
    - En cas de mauvaise décroissance
      - ✓ Môle simple avec rétention de débris intra-utérins
      - ✓ Môle invasive avec rétention ds le myomètre
      - ✓ Choriocarcinome
      - ✓ Nvelle grossesse par échec de la contraception
      - CAT : Hystéroscopie + curetage (anapath) pr évacuer les résidus + recherche systématique de métastases éventuelles : locorégionales (myomètre, partie basse du vagin) ou général (Poumon, Foie, Cerveau)
    - **En cas de Môle invasive et β-HCG élevé persistant sans preuve histo de choriocarcinome :** chimiothérapie peu agressive : MTX ou Actinomycine D
    - **En cas de méta à distance ou preuve histo** : Chimiottt agressive par MTX –Acti D ou Anthracycline-Platine. le ttt est très exceptionnellement chirurgical.

NE PAS OUBLIER LES GAMMA-GLOBULINES SI LA MAMAN EST Rh NEGATIF (quelque soit le groupe du père…)

Source *: Fiches Rev Prat, Poly Boulot, QCM Intest 2000 (J'en ai trouvé que 5-6, il doit y en avoir d'autres)*